

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

377

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 2 juillet 1896, à 1 heure

PAR VICTOR PETIT

Né à Arras (Pas-de-Calais), le 21 avril 1872

Interne (médaillon d'or) des hôpitaux de Rouen. Prix Pillore, 1895

ÉTUDE

SUR LES

TUMEURS PRIMITIVES DU CŒUR

DES MYXOMES DU CŒUR

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. } GRANCHER, professeur.
 } CHANTEMESSE, LETULLE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1896

377

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 2 juillet 1896, à 1 heure

PAR VICTOR PETIT

Né à Arras (Pas-de-Calais), le 21 avril 1872

Interne (médaillon d'or) des hôpitaux de Rouen. Prix Pillore, 1895

ÉTUDE

SUR LES

TUMEURS PRIMITIVES DU CŒUR

DES MYXOMES DU CŒUR

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. { GRANCHER, professeur.
 { CHANTEMESSE, LETULLE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1896

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHT.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBENE
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	TILLAUD.
Clinique chirurgicale	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.
Professeurs honoraires.	
MM. SAPPEY, PAJOT.	
Agrégés en exercice.	

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	REITTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES AMIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRUNON

Directeur de l'École de médecine de Rouen

Hommage de ma profonde reconnaissance

TUMEURS PRIMITIVES

DU CŒUR

DES MYXOMES DU CŒUR

INTRODUCTION

En 1893, MM. Berthenson de Saint-Petersbourg et A. Robin de Paris, faisaient paraître à quelques mois d'intervalle deux observations se rapportant à l'existence de tumeurs cardiaques et où la symptomatologie avait été particulièrement bien étudiée. Il s'agissait de myxomes.

L'anatomie pathologique de ces tumeurs cardiaques avait été déjà fort bien traitée dans les observations de Lorne, Curtis, Virchow, Debove ; mais c'était la première fois qu'un effort était tenté pour chercher à établir par l'enchaînement de symptômes rationnels et physiques, le diagnostic de ces tumeurs, que, jusqu'à ce jour, Boddexheimer et Virchow avaient jugé impossible.

C'est tenté par l'actualité de ce sujet, qu'en faisant l'histoire des myxomes du cœur, nous essaierons de grouper dans une même description l'ensemble des faits permettant d'établir l'existence d'une tumeur intra-cardiaque, non pas d'une manière absolue (l'état de la science ne le souffre pas encore) mais cependant laissant conclure à l'existence d'une néoplasie, lorsque tous ces symptômes étant nettement constatés on ne pourra les rapporter à aucune autre affection. Ce sera là, si on le veut, un diagnostic par exclusion, mais un diagnostic très vraisemblable et auquel l'on pensera, ce que l'on n'avait jamais osé faire jusqu'ici.

Mais avant de commencer ce court travail qu'il nous soit permis de témoigner notre reconnaissance à nos maîtres dans l'Ecole de Médecine de Rouen.

M. le professeur Brunon dont nous avons été l'interne et qui n'a pas craint de nous prodiguer ses bons conseils et ses encouragements pendant toutes nos études médicales a tout particulièrement droit à notre souvenir : aussi sa bienveillance ne s'effacera-t-elle jamais de notre mémoire.

Que MM. Olivier, Cerné, Gargam, Petitclerc, Ballay, Cauchois et Bataille, nos maîtres dans les hôpitaux, reçoivent, en ce jour, l'hommage de notre entière reconnaissance pour le dévouement qu'ils nous ont témoigné.

Nous profiterons également de cette circonstance pour adresser un respectueux merci, à notre ancien Directeur de l'Ecole de Médecine, M. Delabost, dont l'intérêt pour nous ne s'est jamais démenti.

Nous avons été heureux de suivre pendant une année

entière l'excellent enseignement de M. Albert Robïn, à l'hôpital de la Pitié ; c'est à son obligeance que nous devons le sujet de cette thèse, qu'il nous permette de l'assurer de toute notre gratitude.

De même, c'est avec la plus grande admiration que nous avons écouté les magistrales leçons d'obstétrique de M. le professeur Pinard, à la clinique d'accouchement Baudelocque.

Enfin nous dirons combien nous sommes touchés de l'honneur que nous fait M. le professeur *Laboulbène* en acceptant la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE

Comme toutes les tumeurs du cœur, les myxomes nous présentent une histoire relativement récente. Il faut même arriver à la fin de ce siècle pour en trouver une description, évidemment incomplète au point de vue clinique mais très satisfaisante par contre en tant qu'histologie et anatomie pathologique.

Jusque vers 1865, l'histoire des myxomes se rattache intimement à celle des autres tumeurs cardiaques.

Dans l'antiquité même, celles-ci ont été niées. Pour Hippocrate qui entraîne dans son erreur Aristote et Arétée, un organe aussi noble ne pouvait être le siège de productions étrangères.

Pour arriver aux premières descriptions, il faut atteindre le XVIII^e siècle.

Lieutaud (1) (1767) cite parmi les premiers des observations pouvant se rapporter à des cas de tumeurs du cœur dont quelques-unes doivent être d'origine kystique. *Carcassonne* (2) (1777-1778), décrit le cancer secondaire

1. Lieutaud. *Hist. anat. medica*, t. II, p. 34, 1767.

2. Carcassonne. *Mémoire de la Soc.^e Roy de Médecine*, 1778.

du cœur; *Sénac* (1) des productions tantôt molles, tantôt dures, implantées plus particulièrement dans le ventricule droit; enfin *Portal* (2) (1803), fait une courte description des tumeurs cardiaques.

Mais comme le fait remarquer *Ely*, les descriptions données par tous ces auteurs sont sans grande signification, car elles correspondent, tantôt à de simples concrétions sanguines formées après la mort ou tout au moins peu de temps avant, tantôt à de véritables tumeurs mal définies.

Telle est l'histoire des tumeurs du cœur jusqu'à *Laënnec*.

Avec *Corvisart*, *Laënnec*, *Louis*, *Bouillaud*, la question ne fait pas un grand pas. Ils décrivent, il est vrai, des tumeurs du cœur mais seulement les néoplasies secondaires de cet organe et aboutissent à cette conclusion qu'elles sont rares et impossibles à diagnostiquer. *Lebert* (3), *Niemeyer* (4), *Raynaud* (5) refusent d'admettre l'existence de tumeurs primitives du cœur et *Lebert* nie le cancer primitif. A cette époque *Virchow* (6), outre le cancer secondaire admet le sarcome métastatique : il publie les premières observations de syphilis du cœur et constate comme tumeur primitive du cœur le myome qui

1. *Sénac. Traité des maladies du cœur*, t. II, p. 78, 1778.

2. *Portal. Cours d'Anatomie Médicale*, t. III.

3. *Lebert. Anatomie pathologique*.

4. *Niemeyer. Pathologie interne*.

5. *Raynaud. Dict. de Méd. et de chirurgie pratiques*.

6. *Virchow. Virchow's Archiv*, tome XI.

ne se montre qu'à l'état congénital; il repousse toute autre tumeur primitive du cœur.

Après Virchow, plusieurs observations de tumeurs primitives du cœur sont publiées. *Albers* (1) (1855) publie le seul cas de *lipome* cardiaque observé dans la science; *Luschka* (2) signale un *fibrome*; *Recklinghausen* (3) (1869) fait une étude rapide sur les myomes déjà décrits par Virchow; *Kottmeier* (4) montre un fibrome libre, attaché dans l'oreillette gauche et pendant dans l'orifice mitral; *Friedrich* (5) groupe dans un même article différents cas de tumeurs primitives du cœur.

En 1865, dans un travail très intéressant, *Bodenheimer* (6) commence à mettre la question au point. Partant de la description d'un sarcome primitif du cœur, il aboutit à une vue d'ensemble sur la question des tumeurs cardiaques, telle que l'on pouvait la connaître à cette époque. Il arrive aux conclusions suivantes: toute tumeur cardiaque en tant que symptomatologie ne présente rien de bien précis ni de bien déterminé. Tout dépend de ses dimensions, mais surtout de sa situation. Si elle est extracavitaire, symptômes nuls. Mais si au contraire elle

1. Albers. In *Virchow's Archiv*, VII, 1855, 843.

2. Luschka. *Fibroid in Herzfleisch*. In *Virchow's Archiv*, 1.3.

3. Recklinghausen. *Myoma cordis* in *Monatsschrift f. Geburtskunde*, 20 Bd., 1862, s. d.

4. Kottmeier. *Fibrose Neubildung im Herzen* in *Virchow's Archiv*, Bd. 23, n° 23, s. 3434.

5. Friedrich. *Traité des Maladies du Cœur*.

6. Bodenheimer. *Primaries Sarcom des Herzens*, 1865.

est intracavitaire, si elle arrive à oblitérer les orifices cardiaques, on observera les symptômes d'insuffisance et de rétrécissement des orifices. Les symptômes uniquement constants, s'il s'en trouve, sont ceux de troubles mécaniques dans la circulation veineuse. Il n'admet la possibilité du diagnostic que par voie d'exclusion. Il signale cependant la facilité relative du diagnostic des néoplasies du cœur droit, par rapport à la rareté des vices du cœur droit, dont les symptômes, dans certains cas, peuvent témoigner plutôt en faveur d'une tumeur que d'un vice cardiaque.

Oppolzer (1) (1867), *Diesch* (2) (1868) dans des travaux sur les affections cardiaques, aboutissent aux mêmes conclusions.

C'est en 1869 qu'apparaît la première observation d'un myxome du cœur. *Lorne* (3) en publie un cas très intéressant avec une description clinique malheureusement un peu brève. Par contre, l'examen histologique est très complet.

A côté du carcinome et du sarcome venait se placer le *myxome* dont nous voulons essayer de faire l'histoire.

Dès lors, les observations de tumeurs cardiaques se multiplient. *Dupuytren* (1871) cite des observations de kystes parasitaires. *Deffaux* (1872) (4), rapporte un cas

1. *Oppolzer. Vorlesungen über die Krankheiten des Herzens und der Gefäße*, p. 254, 1867.

2. *Diesch. Lehrbuch der Herzkrankheiten*, p. 163, 1868.

3. *Lorne. Bulletin de la Soc. Anat. de Paris*, 1869.

4. *Deffaux. Bulletin de la Soc. anat. de Paris*, 1882.

de sarcome du cœur; *Bamberger* (1872) (1) et *Curtis* (1872) (2), publient chacun un nouveau cas de myxome.

En 1874, au sujet d'un sarcome primitif, paraît, sur les tumeurs primitives du cœur, un travail d'ensemble extrêmement intéressant. Ce travail dû à *Ely* (3) et où l'historique de la question est très bien faite (nous nous sommes même guidés sur elle), résume les connaissances jusque-là acquises. Il fait une nomenclature assez complète des variétés de tumeurs cardiaques connues à cette époque. Les néoplasies se trouvaient désormais bien classifiées; l'histologie les divisait nettement en sarcomes, épithéliomas, cancers mélanés, myomes, lipomes, fibromes, kystes parasitaires et enfin myxomes. Un seul point manquait : la description clinique. M. Ely la tenta. La symptomatologie est assez nette. Malheureusement, comme l'a fait remarquer plus tard Berthenson, il oublie un point important dans son exposé, c'est le rôle des *embolies*, rôle considérable cependant. Enfin, il aboutit à cette conclusion que l'on n'a que des symptômes diffus et obscurs par ce fait même que le néoplasme est le plus souvent situé dans la substance musculaire : le fait est vrai dans son observation : mais, en général, la tumeur est *intra-cavitaire* comme nous le verrons plus tard.

En 1876, MM. *Potain* et *Rendu*, dans le *Dictionnaire*

1. Bamberger. *Über zwei selten Herz affectione im Wiener med. Wochenschrift*, 1, 2. 1872.

2. Curtis. *Archives de Physiologie*, IV, 2, p. 262, 1872.

3. Thèse inaugurale, Paris, 1874.

encyclopédique des Sciences Médicales (Cœur), consacrent un article très intéressant sur la question. Ils insistent sur ce fait que tous les accidents présentés par les tumeurs cardiaques ne sont pas nécessairement persistants et qu'on les voit, au contraire, paraître assez souvent par accès.

Schrøtter (1879) (1) conclue à l'impossibilité de formuler un diagnostic même dans les cas où tous les symptômes qui se présentent ne dépendent que de la tumeur : car ils ne diffèrent en rien des phénomènes causés par d'autres affections cardiaques pouvant être confondues avec des néoplasies : sauf dans les affections néoplasiques secondaires du cœur.

Barthélemy (1880) (2), publie un cas de cancer secondaire du cœur, *Zander* (1880) (3) un cas de fibrome du cœur, *Virchow* (1881) (4) un nouveau cas de myxome du cœur.

Dans son ouvrage *sur les maladies du cœur* (1883) *Constantin Paul* (5) consacre un chapitre à l'histoire des tumeurs. Malheureusement, il oublie de mentionner les myxomes.

1. Schrøtter. *Die lageveradungen des Herzens und die Krankheiten des Herzfleisches* (*Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*. Baud IV, Aup. 2 (1879).

2. Barthélemy. *Progrès Médical*, 1880.

3. Zander. *Fibrom des Herzens* *Virchow's Archiv.*, XXX.

4. Virchow. *Lericht über das Leichenhauss des Charité-Krankhausen fur das Jahr.*, 1879. *Charité-Annales*, 1881, p. 663.

5. Constantin Paul. *Drag. et trait. des maladies de cœur*, 1881. p. 507.

En 1889, *Fraenkel* (1) présente un sarcome de l'oreillette gauche. Le premier, il signale le fait suivant : quand il y a épanchement avec présence de sang dans le péricarde, que cet épanchement se reforme très rapidement, il y a *néoplasie maligne* du cœur sauf cependant dans le scorbut et la tuberculose. Dans un tableau assez complet sur les tumeurs cardiaques primaires publiées depuis 1870, *Fraenkel* montre que la littérature de ces néoplasies fort peu fournie, du reste, ne nous offre qu'un certain nombre de faits anatomiques classés parmi les raretés, tandis que les observations cliniques nous font complètement défaut.

MM. A. Pic et J. Bret (1891) (2) dans un travail très complet sur les tumeurs secondaires du cœur arrivent à ces conclusions : « Que le cancer secondaire du cœur est rare, le primitif exceptionnel, que celui-ci au point de vue histologique diffère complètement du premier, que le cœur ne fait pas exception à la loi suivant laquelle les tumeurs secondaires reproduisent constamment les caractères histologiques de la tumeur primitive ; que la voie d'invasion du cœur est le plus souvent la voie vasculaire sanguine, qu'enfin en clinique, il n'y a aucun signe pathognomonique du cancer secondaire du cœur.

A la même époque, *Jürgens* (3) montre que sur 26

1. Frankel. *Einfall von Primären Sarcom des Herzens. Festschrift zur Eröffnung des Krankenhauses zu Hambourg. Eppendorf*, 1889.

2. A. Pic. et J. Bret. *Revue de médecine*, p. 1025-1891.

3. Jürgens. *Zur casuistik des primären Herzgeschwülste. Berliner Klinische Wochenschrift*, n. 42, p. 1031-1893.

tumeurs, 22 sont intra-cavitaires et 4 extra-cavitaires. De cette situation intra-cavitaire des tumeurs, Jürgens en conclue que l'on doit observer des symptômes morbides du côté du jeu valvulaire et de la circulation.

Enfin en 1893, la question relative aux myxomes du cœur fait un grand pas. *Berthenson* (1), à propos d'une observation de myxome du cœur, essaie de tracer un tableau des symptômes présentés par les tumeurs intra-cavitaires: il insiste surtout dans sa description sur le rôle prépondérant joué par les embolies.

A la fin de la même année, notre maître, M. *Albert Robin* (2), publie une observation de myxome. Sur son conseil, en nous appuyant sur cette dernière observation et sur le beau travail de *Berthenson*, nous essaierons de faire une étude complète sur les myxomes du cœur tant au point de vue clinique qu'au point de vue de l'anatomie pathologique et de l'histologie.

1. *Berthenson*, *Archives de physiologie expérimentale*, 1893.

2. A. Robin.

ETIOLOGIE

Age. — Jusqu'ici les myxomes du cœur ne paraissent pas avoir été signalés dans l'enfance. Ce ne sont donc pas comme les myomes des tumeurs d'origine congénitale.

Sur les six observations complètes que nous possédons, les myxomes amènent la mort deux fois au-dessous de 30 ans (le malade de Virchow avait 27 ans; celui de A. Robin 25), quatre fois au-dessus de 55 ans: à savoir à 68 dans le cas de Lorné, à 83 dans le cas de Curtis à 64 dans le cas de Debove, enfin à 55 ans dans le cas de Berthenson.

A quel âge commence à se développer la néoplasie, c'est-à-dire combien de temps a-t-il pu se passer entre la formation de cette tumeur et la mort de l'individu? Nous ne pouvons le fixer: il nous est simplement permis d'apprécier le laps de temps écoulé entre les premières manifestations dues à la présence de cette production étrangère et la terminaison fatale.

Sexe. — Le myxome paraît avoir une préférence marquée pour le sexe féminin. Sur six observations, quatre femmes en sont l'objet. Probablement n'y a-t-il là qu'un

simple hasard de statistique ! Il est bon toutefois de constater que les femmes ont résisté jusqu'à un âge avancé, tandis que dans les deux cas observés sur le sexe masculin, les sujets sont morts au-dessous de trente ans.

Fréquence. — Les myxomes du cœur constituent une des tumeurs primitives de cet organe des plus fréquentes. Jusqu'en 1870, on a noté huit tumeurs primitives du cœur, deux fibrômes (cas de Luschka, de Kotmeier) un cancer encéphaloïde (Andral) un cancer squirrheux (Locher) un cancer mélané (Prud'homme), un lipome (Albers) un sarcome (Bodenheimer) et enfin un seul myxome (Lorne). Jusqu'en 1870 le myxome, vis-à-vis des autres tumeurs cardiaques, se rencontrait donc dans la proportion de 12, 5 0/0.

Après 1870, en nous inspirant de la nomenclature dressée par Berthenson, nous constatons l'existence de : huit sarcomes (le premier signalé par Ely), quatre fibrômes, deux gommes syphilitiques (Lancereaux) un cancer, un lipome et enfin six myxomes. Ici nous avons une proportion de 20, 8 0/0 environ.

Antécédents pathologiques. — Ils ne paraissent, rationnellement, avoir aucune influence sur la production des myxomes. Dans trois cas, il n'existe aucun antécédent pathologique. Dans les trois autres, il est vrai, on a observé des traces de rhumatisme articulaire de forme subaiguë. Le rhumatisme pourrait donc avoir, à la rigueur une valeur étiologique puisqu'on l'observe dans 50 0/0 des cas. Dans le cas de Debove, il faut signaler également l'ostéomolacie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Siège. — D'après les observations que nous possédons les myxomes paraissent avoir une prédilection marquée pour le cœur gauche. C'est pourquoi nous négligerons l'opinion de Bodenheimer sur la facilité relative du diagnostic des tumeurs cardiaques basée sur ce fait que les néoplasies étant fréquentes à droite, que par contre les inflammations et les vices de conformation y étant rares, il y aura toute chance d'avoir à faire à une tumeur cardiaque lorsque l'on observera des modifications dans la circulation dépendant du cœur droit.

Sur sept cas de myxomes que nous possédons et où la question anatomo-pathologie a été fort bien traitée, nous constatons en effet que la néoplasie siège six fois à gauche et une seule fois à droite (cas de Debove). Elle semble également manifester, quant à sa surface d'implantation, une préférence marquée pour les cavités auriculaires. Quatre fois nous la trouvons dans l'oreillette gauche, s'insérant, tantôt sur la paroi postérieure, tantôt près de la paroi gauche, tantôt au-dessus de la ligne d'insertion de la lame antérieure de la valvule bicuspidé. Dans les observations de Bamberger et de Curtis nous la voyons

s'insérer sur la valvule mitrale, mais c'est toujours du côté de l'oreillette, c'est sur le plancher auriculaire. Dans le seul cas où la tumeur est droite, elle s'insère également sur la face supérieure de la valvule tricuspide.

Il ressort donc nettement que le myxome siège dans le cœur gauche dans la proportion de 85, 5 o/o.

Forme. — La forme de la tumeur est assez variable. Dans le cas de Curtis, elle se présente sous une forme demi-hémisphérique, s'enchassant pour ainsi dire dans la valvule mitrale où elle prenait son point d'insertion. Mais cette variété est plutôt rare.

Dans tous les autres cas, la néoplasie se présente sous la forme d'une tumeur pédiculée, le pédicule plus ou moins long, portant, à son extrémité libre la tumeur qui est pour ainsi dire flottante ce qui explique les mouvements animant le néoplasme. Le pédicule peut être unique ; dans le cas de Lorne, il en existait plusieurs. Quant à la tumeur elle-même, elle se présente généralement comme composée de plusieurs cotylédons à surface couverte de granulations acineuses et rappelle exactement le dispositif d'une grappe de raisin. Les acini composant cette grappe présentent en général des dimensions variant d'un grain de lin à un pois ordinaire.

Dans son ensemble la grappe de raisin peut être conique, hémisphérique, ou légèrement aplatie dans un sens ou dans un autre. Dans ces derniers cas la forme de la tumeur paraît être due à la pression exercée sur elle par les parois cardiaques (cas de Lorne) lors de leurs contractions.

Volumé. — Le volume de la tumeur est encore plus variable que la forme. En général il varie de la grosseur d'une cerise à celle d'un œuf de pigeon.

Dans le cas de Berthenson la tige de la néoplasie présentait deux centimètres de long et de large, un demi-centimètre d'épaisseur. Quant à la tumeur elle-même ses dimensions dans la moyenne des cas, oscillent entre 6 à 8 centimètres de long sur 4 à 6 centimètres de large. Dans le cas de Bamberger où le néoplasme était sphérique, il présentait quatre centimètres de diamètre.

Couleur. — Comparée par Curtis à de la gelée de groseille la tumeur présente une coloration rouge en général. Tantôt cette coloration est uniforme, tantôt une partie de la tumeur pourra être d'un rouge foncé dans sa portion supérieure et d'un jaune pâle dans sa portion inférieure (cas de Berthenson).

Enfin la coloration foncée pourra ne se manifester que par quelques points ecchymotiques sur un fond demi-transparent. Le pédicule est généralement blanc.

Consistance. — Molle, tremblotante, gélatineuse assez ferme dans le seul cas de Curtis.

Surface. — Lisse, luisante dans le cas de Curtis; cependant dans la majorité des observations, d'un aspect vilieux dû, comme dans le cas de Virchow, à la présence de caillots qui peuvent s'étendre jusqu'à la pointe du cœur.

A la coupe, la tumeur présente une substance demi-transparente, jaune pâle, de consistance gélatineuse, avec des parties plus foncées. Dans son observation, Curtis signale, dans l'intérieur de la masse, des stries blanchâtres, rayonnantes, qui partaient du centre de la base sous

forme de tronc et qui se ramifiaient d'une façon très élégante en s'amincissant de manière à disparaître avant d'atteindre la superficie.

Modifications dans la constitution anatomique du cœur.

Du côté du *péricarde*, on observa tantôt un certain degré d'épanchement (cas de Berthenson) tantôt la présence de fausses membranes recouvrant la surface du cœur et le faisant adhérer au péricarde pariétal (cas de Robin).

Sauf dans le cas de Debove où son volume est normal, le cœur est généralement gros, nettement hypertrophié. L'hypertrophie portera manifestement sur le cœur gauche, siège de la tumeur. L'oreillette gauche où s'implante la néoplasie est en général très dilatée. Autour de l'insertion du pédicule, l'endocarde a subi quelques modifications ; tantôt il ne présentera que des flots tachetés d'un rouge foncé, tantôt l'endocarde sera épaissi, induré et l'induration se propagera jusqu'à la valvule mitrale. Celle-ci ne présentera guère de modifications bien importantes, tout au plus les lames de ses valves ont été trouvées légèrement épaissies à l'insertion des piliers tendineux : dans le cas de A. Robin cependant elles étaient rigides, ce qui rendait la valvule légèrement insuffisante. Mais dans le cas de Lorne elle était rendue nettement insuffisante par la présence d'un myxome qui, suspendu

au bout de son pédicule venait s'engager dans l'orifice auriculo-ventriculaire à la manière d'un bouchon.

Le ventricule gauche est dilaté, tantôt aminci (A. Robin), tantôt épaissi (Bethenson).

Le cœur droit voit aussi ses cavités agrandies et comblées de caillots fibrineux de couleur rouge foncé.

L'*aorte* tout au plus dilatée à son origine ne présente qu'une faible rigidité de ses valvules ne nuisant pas à leur jeu.

Le *myocarde* est mou, flasque, exsangue et présente tous les signes de la myocardite.

Lésions des autres organes.

Poumons. — La congestion aux bases, l'œdème pulmonaire sont les lésions les plus fréquentes. Berthenson signale, dans chacun des poumons, tant à leur surface qu'à leur centre, la présence de foyers hémorragiques variant de la grosseur d'une noix à celle d'une amande.

Intestins. — Wirchow signale la présence de foyers hémorragiques dans la sous-muqueuse de l'intestin, foyers de la grosseur d'un grain de millet à celle d'un noyau de cerise.

Foie. — Hypertrophié, congestionné, d'aspect granité, pas d'infarctus.

Rate. — Volumineuse, pulpe engorgée de couleur rouge cerise. Dans le cas de Wirchow, foyers de nécrose dissé-

minés, perforés en certains points, ce qui avait amené une péritonite mortelle.

Périsplénite : rate criblée d'infarctus anciens et récents dans le cas de A. Robin.

Reins. — Capsule se détachant assez facilement. Plusieurs cicatrices de forme étoilée dans la substance corticale qui est séparée des pyramides par une zone hyperémiee riche en hémorrhagies ponctiformes (Berthenson).

Cerveau. — Wirchow, toujours dans son observation, signale un foyer de ramollissement jaune dans l'hémisphère droit, accompagné de méningite fibrineuse.

A. Robin montre une cicatrice jaunâtre profonde au niveau de la troisième circonvolution frontale gauche, à la partie supéro-interne, ainsi qu'un vaste éventail cicatriciel formé d'un tissu induré et creusé de vacuoles s'étendant du pédoncule en passant au devant de lui jusqu'aux circonvolutions pariétales.

En résumé, les lésions des organes éloignés viennent d'embolies parties du cœur gauche : ce sont ces embolies qui joueront le principal rôle dans toute l'histoire des myxomes du cœur.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Dans tous les cas observés la tumeur était tremblotante, parcourue par des vaisseaux faciles à voir. En râclant la surface de section on obtenait un liquide légèrement gommeux, nullement laiteux, renfermant lorsqu'on l'examinait au microscope des globules rouges, des cellules rondes, pâles et à contours peu nets, avec un ou plusieurs noyaux.

Sur une coupe on distinguait une grande variété de cellules, tantôt rondes, tantôt fusiformes ou étoilées, tantôt disposées çà et là, tantôt formant des mailles par leurs anastomoses.

L'espace intercellulaire est occupé par une substance à moitié liquide transparente et homogène. Par l'acide acétique et l'alcool apparaît dans la substance intercellulaire un nombre d'éléments contenant un ou plusieurs noyaux se colorant par l'éosine. Par endroits, ces cellules se réunissent en groupe ; ailleurs les cellules étoilées contiennent des vésicules transparentes.

Tel est le *myxome pur* présenté dans les observations de A. Robin, Berthenson, Debove, Bambergér et Wirchow : c'est le *myxome cellulaire*, c'est-à-dire le myxome

composé de cellules arrondies ou stellaires plus ou moins grandes et de vaisseaux situés dans une substance muqueuse.

Au contraire, dans le cas de Lorne où la tumeur s'est également développée dans le tissu cellulaire sous-endocardique, on observe sur une coupe des fibres élastiques en grand nombre. Celles-ci forment tantôt des espaces à corpuscules muqueux, tantôt sont disséminées à travers les cellules plasmatiques. Il s'agit là d'une deuxième espèce de myxome : du *myxome contenant une grande quantité de fibres élastiques* (Cornil et Ranvier).

La troisième variété, dite *lipome myxomateux*, n'a pas été observée.

Il faut noter enfin que la membrane d'enveloppe qui, dans la majorité des cas, semble entourer la tumeur, présente seulement à la base de celle-ci la structure de l'endocarde qui, en effet, la constitue. Dans le reste de l'étendue, c'est la structure du corps de la tumeur.

SYMPTOMATOLOGIE

Des quelques observations publiées sur les myxomes du cœur, nous allons nous efforcer de tracer un tableau clinique, permettant non pas d'établir l'existence de ces tumeurs d'une façon absolue, mais tout au moins les laissant soupçonner.

A cet effet, nous nous appuierons particulièrement sur les cas publiés par Lorne, Curtis, Berthenson et A. Robin, les faits rapportés par Virchow, Bamberger et Debove, n'ayant trait qu'à la question d'anatomie pathologique.

Début. — Il sera essentiellement variable et dépendra du volume, du siège et du mode d'évolution de la tumeur.

Si la tumeur implantée dans l'oreillette gauche, par exemple, vient faire obstacle au passage du sang dans l'orifice auriculo-ventriculaire comme dans l'observation de Virchow, nous aurons là des phénomènes de rétrécissement et d'insuffisance mitrales ; dès lors, nous aurons, comme dans cette affection, un début caractérisé par une *respiration* courte, un *essoufflement* qui, léger primitivement, s'accroîtra avec la marche de l'affection pour aboutir à la *dyspnée d'effort*. Puis sous l'influence de la gêne

circulatoire apparaîtront les *vertiges*, les *œdèmes*, les *congestions viscérales*, particulièrement du côté du poumon et ayant pour effets de faire apparaître la *toux* et d'augmenter la *dyspnée* (cas de Lorne, de Berthenson). A cet ensemble de faits viendra se joindre un sentiment de *gêne*, d'*angoisse précordiale*, et le malade sera réduit à renoncer à ses occupations habituelles.

Nous avons ici le début lent, insidieux, pouvant remonter à deux ou trois ans (cas de Berthenson).

A cette forme, nous pouvons opposer un mode de début brusque ainsi caractérisé : une personne en apparence très bien portante, vaquant à ses affaires n'ayant, jamais éprouvé le moindre symptôme alarmant, tant du côté du cœur que de l'appareil respiratoire, *tombe* tout d'un coup. Il y a *perte de connaissance* complète : en outre comme dans le cas de Robin il y a *hémiplegie* avec conservation de la sensibilité. Dans les deux observations où nous rencontrons cette variété de début, la mort survint dans la première (Curtis), la guérison dans la seconde (Robin) ; mais dans ce dernier cas le malade présenta dans la suite les phénomènes cités plus haut ; oppression, angoisse précordiale, etc... pour aboutir quelques années plus tard à une deuxième rechûte mortelle.

Dans ces deux cas où l'on observa un début brusque il est probable que la tumeur implantée au début dans la valvule ou dans le myocarde ne vint apporter aucune modification dans la marche du sang à travers le cœur, d'où l'absence d'œdèmes, de congestions viscérales, etc..., mais par suite d'un travail progressif la néoplasie d'abord développée dans le tissu cellulaire sous-endocardi-

que, arrive à se coiffer de l'endocarde et bientôt à faire disparaître cette séreuse. A ce moment, elle se fait jour dans la cavité du cœur, et là soit en se morcellant, soit en favorisant le dépôt de caillots, devient un foyer de production d'*embolies*.

Etat. — Dans la forme à début lent, les symptômes vont en s'aggravant : la respiration devient anxieuse, la gêne des mouvements très grande ; toute action est difficile ou même impossible.

A l'examen du malade on observa un *œdème* tantôt moyen, tantôt considérable, œdème des jambes, des cuisses et de la paroi abdominale. Ce n'est pas un œdème blanc, laissant facilement déprimer les tissus, mais plutôt un œdème dur, violacé, comme il appartient aux cardiopathies. Les genoux présentent une teinte cyanosée. La *cyanose*, due à la gêne circulatoire se retrouvera au nez et aux lèvres tandis que le reste de la face sera pâle et boursoufflée. A noter enfin du refroidissement des extrémités.

A ce moment, on observe des *palpitations douloureuses* dans la région précordiale. Ces palpitations sont constantes avec exacerbation par le moindre mouvement qui amène une sensation d'angoisse, extrêmement pénible pouvant aboutir à la syncope.

Le *pouls radial* est petit, faible, sans fréquence, présentant par moments quelques irrégularités. Il a une force égale des deux côtés et ne correspond pas entièrement à l'impulsion du cœur (cas de Berthenson). Le *tracé sphygmographique* donne : brièveté et obliquité de la

ligne d'ascension tandis que la ligne de descente est longue, sans décrotisme, presque horizontale.

Le cœur montre, à l'inspection, que sa pointe est abaissée, déjetée en dedans et que les pulsations se propagent vers la région épigastrique. On remarque également (cas de Berthenson) qu'il existe, du côté de la fourchette sternale une voussure plus étendue à gauche qu'à droite. En rapport avec cette voussure, on trouve une *zone de matité* indiquant nettement une *hypertrophie cardiaque* dans les deux diamètres. Dans un cas de ce genre enfin, Berthenson, en pratiquant la palpation dans la région précordiale, éprouva la sensation d'un *léger frémissement*.

De tous les résultats fournis par les divers procédés d'observation, les plus intéressants, sans contredit, sont ceux donnés par l'auscultation. Elle seule permet d'apprécier approximativement le siège, le volume de la tumeur et surtout le rôle qu'elle joue dans la marche du sang à travers le cœur. Les signes fournis par l'auscultation seront extrêmement variables. C'est ainsi que dans le cas de Lorne, on entendait un *bruit de souffle* qui n'était pas très rude mais qui était très *soufflant* et qui commençant au *premier temps* à la *pointe*, se *prolongeait jusqu'au second*. Les bruits de la base avaient eux aussi subi des modifications dans leur timbre et dans leur rythme : ils n'étaient pas très nets, mais un peu *sourds* et *paraissaient éloignés*. Dans l'observation de Berthenson : bruit de souffle encore au premier temps, à la pointe, mais il était vague et bien moins net que dans le cas précédent ; mêmes modifications à la base

où les bruits sont sourds et sans netteté au foyer aortique, où le deuxième temps est claqué au foyer pulmonaire. Enfin dans l'observation de A. Robin les bruits du cœur sont lents, sourds, présentant un souffle systolique, à la base.

On conçoit dès lors très bien que l'on puisse pressentir le siège de la tumeur suivant la localisation, l'étendue du bruit de souffle : on comprend aussi que lorsque les bruits anormaux disparaissent pour reparaître à nouveau, l'on pense avoir à faire à une tumeur mobile, c'est-à-dire pédiculée.

L'obstacle au libre cours du sang, présenté par la tumeur, retentira sur les autres viscères. C'est ainsi, pour commencer par les organes éloignés, que nous noterons *l'hypertrophie du foie* avec de la *sensibilité* exagérée par la pression. Nul doute que ce ne soit là un début de *congestion hépatique* qui donnera, à l'autopsie, un *foie muscade* si l'évolution de la tumeur en laisse le temps.

Du côté des *reins* nous observerons aussi des phénomènes congestifs se traduisant par une *augmentation* de la *densité* des urines, la présence d'*albumine* et de *cyndres*, voir même de *sang*.

Enfin les *poumons* seront particulièrement intéressés par le fait de la stase sanguine. La respiration est généralement accélérée plus profonde. On observera une *matité* des deux bases avec sonorité exagérée aux deux sommets et l'inspiration paraîtra affaiblie dans les deux lobes inférieurs.

A côté de ces troubles observés dans la vie organique viennent se joindre des modifications du côté de la loco-

motion. C'est ainsi que dans le cas de Berthenson, la malade présentait une *hémiparésie droite* avec prédominance du côté du membre supérieur. Souvent même c'est l'*hémiplégie* qui domine la scène. Telle est la forme à début brusque signalée par A. Robin. Le malade tombe, on l'apporte à l'hôpital. Il est dans le coma et présente une *hémiplégie droite*. Cette *hémiplégie* n'est accompagnée ni d'*hémianesthésie*, ni de *contractures* ; la main paralysée est plus chaude et plus rouge. L'*hémiplégie* s'accompagne généralement d'*aphasie* qui peut exister seule comme dans le cas de Curtis.

Ces troubles de la parole et de la locomotion ne peuvent reconnaître qu'une seule cause : l'existence d'embolies formées dans le cœur gauche et portées dans l'encéphale.

Marche. — Durée. — Terminaison,

La marche de l'affection est très variable.

Dans les cas de Curtis et de Debove, la mort est survenue quelques heures après l'apparition des premiers symptômes. Ici la marche est foudroyante.

Dans les cas de Lorne, une fois les symptômes graves apparus (cyanose, œdème, bruits de souffle, retentissement sur les viscères, etc.), la marche fut très rapide : l'œdème devint considérable, la douleur hépatique très vive, l'anxiété précordiale terrible. Le pouls devint fili-forme, les vomissements apparurent et le malade succomba en quelques jours à la cachexie cardiaque.

L'observation de Berthenson nous montre une marche un peu différente, période assez longue d'essoufflement, de dyspnée d'effort, d'œdèmes passagers. Puis croissance de l'angoisse précordiale, des palpitations ; apparition de la toux. Bientôt se montrent les *troubles de la déglutition* dus non pas à l'action directe de la tumeur, mais à la gêne circulatoire apportée par elle et l'affection progresse par *poussées*. A la suite de palpitations plus vives il survient une crise caractérisée par : *frissons, perte de connaissance; déviation du côté gauche du visage, hémiplegie droite, accélération des mouvements respiratoires, augmentation de la température (38°)*. Il s'est formé évidemment une première embolie qui ne sera pas immédiatement mortelle car la malade reprend ses sens. Mais ce sera de courte durée, car après une rémission de vingt-quatre heures où l'action du cœur est plus faible le redressement de la face incomplet, où l'hémiplégie droite persiste et où l'on observe de la *diplopie* et des *hémoptysies* il se produit une seconde embolie à la suite de laquelle la malade succombe dans le coma.

Différente est la marche dans le cas de A. Robin. La première manifestation du myxome avait été à grand spectacle : perte de connaissance à laquelle avaient succédé une aphasie et une hémiplegie droite complètes faisant porter un pronostic très grave. Mais le malade reprend peu à peu sa connaissance, assiste à la disparition progressive de son hémiplegie d'abord, de son aphasie et de son agraphie ensuite. Deux mois après son *attaque d'apoplexie*, il sort guéri en apparence. Et pendant deux ans et demi il jouit d'une santé parfaite ne concer-

vant qu'une certaine peine à gravir les escaliers, quand il tombe sans connaissance en 1893, comme la première fois.

Il est encore en plein coma, mais cette fois son hémiplegie est gauche: il y a toujours conservation de la sensibilité. Moins heureux, il succombe sans avoir repris ses sens; la seconde embolie avait été mortelle.

En résumé, la marche de l'affection dépend de la date d'apparition de l'embolie, de sa marche propre, de sa fréquence. Tantôt elle vient terminer une longue série de symptômes dûs aux troubles mécaniques apportés par la tumeur (cas de Lorne, de Berthenson) tantôt elle est le fait initial et peut amener la mort, soit à brève échéance (cas de Curtis, de Debove), soit après un assez long laps de temps (A. Rolin).

Quant à la *durée* de l'affection elle est extrêmement variable et on ne peut la déterminer même approximativement car il est impossible de fixer le moment où la tumeur commence à se développer.

Quoiqu'il en soit la *terminaison* des myxomes du cœur paraît avoir été fatale jusqu'en ce jour. Et l'on peut dire qu'elle le sera lorsque le myxome venant faire saillie dans les cavités du cœur après avoir repoussé et détruit l'endocarde, il deviendra le point de départ d'embolies qui finiront toujours par donner la mort.

DIAGNOSTIC

Dans le dernier cas de myxome du cœur publié par A. Robin, celui-ci, dans ses conclusions, s'exprime ainsi au sujet du diagnostic de ces tumeurs. « Aucun caractère n'a d'importance au point de vue du diagnostic, mais leur réunion peut prendre une certaine valeur et tout au moins laisser soulever l'hypothèse d'une tumeur intracardiaque ».

Dans les cas de vices cardiaques ou de l'inflammation de l'endocarde, nous aurons en effet des symptômes généraux *constants* : œdèmes, congestions viscérales, essoufflement, palpitations ; des symptômes locaux que l'on pourra également percevoir d'une manière *permanente* : arythmie, modifications dans le timbre des bruits du cœur, bruits de souffle, symptômes que l'on pourra d'ailleurs nettement *localiser*. Nous observons également des phénomènes à distance dus à des embolies, mais ils ne se présenteront guère qu'à une période avancée de la maladie.

Tout au contraire dans le cas de myxome, l'*embolie* peut jouer un rôle *initial*. C'est par elle, comme dans le cas de Robin, que peut s'ouvrir la scène ; c'est par elle

que peut à la fois commencer et finir une affection jusqu'alors sans manifestations, comme dans le cas de Debove. Nous pensons donc avec Berthenson que l'embolie joue un rôle considérable pour le diagnostic des tumeurs intra-cavitaires du cœur. Ces embolies sont généralement nombreuses, tels les cas de Robin et de Wirchow, dans lesquels la rate était criblée d'infarctus. Tant que ceux-ci se localisent dans la rate, il y a latence complète. Mais qu'une embolie prenne une autre voie, qu'elle marche vers l'encéphale par exemple, alors les symptômes éclatent et d'une manière terrible, avec hémiplegie, aphasie coma.

Telle est donc la place prépondérante tenue par l'embolie dans l'histoire de cette affection. Aussi, même à l'état de seul symptôme, pourra-t-elle mettre sur la voie du diagnostic, quand, par exemple, connaissant les antécédents du malade, on n'a relevé parmi eux ni rhumatisme, ni érysipèle, ni blennorrhagie... en un mot aucun état infectieux antérieur.

Et d'ailleurs l'embolie ne se manifestera jamais, sauf dans les cas comme celui de Debove, sans d'autres symptômes dont le groupement et le mode d'apparition pourront porter l'attention vers le diagnostic. Ces signes que nous avons énumérés aux symptômes et que nous rappelons brièvement: signes d'angine de poitrine (dyspnée d'effort, angoisse précordiale), signes rationnels d'insuffisance mitrale (œdèmes, cyanose, congestions viscérales), ont un caractère particulier, c'est de ne pas être francs mais plutôt frustres.

Le tableau clinique ne sera jamais aussi net que dans

une lésion d'orifice bien déterminée. Il sera vague et présentera souvent des écarts inexplicables du type normal, ce qui fera que le porteur d'une tumeur cardiaque *tiendra de l'aortique et du mitral*, singulière hybridité qui devra mettre le praticien en éveil.

En outre, il y a un caractère bien particulier, propre à ce genre d'affection : c'est l'*intermittence des symptômes*, intermittence qui observée quant aux symptômes rationnels, deviendra manifeste pour les signes physiques. Ceux-ci dépendront en effet des mouvements exécutés par la tumeur autour de son pédicule. On entendra bien des bruits de souffle, mais leur intensité, leur timbre varieront ainsi que leur siège ; bien plus, ils pourront apparaître et disparaître alternativement.

Tels sont donc les éléments avec lesquels on pourra formuler l'hypothèse de l'existence d'une tumeur intracavitaire.

Le diagnostic le plus difficile à faire est évidemment avec l'anévrisme de l'aorte. Généralement dans cette entité morbide, nous avons une tumeur plus volumineuse dont nous pouvons constater les battements et les mouvements d'expansion. En outre de nombreux symptômes de compression : aphonie, troubles du côté de la pupille, compression de la trachée, dysphagie..., etc., apparaîtront avec une intensité et un ensemble qui ne peuvent appartenir à aucune tumeur cardiaque. D'ailleurs dans les cas d'anévrisme on aura peut-être à noter des antécédents syphilitiques, ce qui n'exclue pas les doutes avec une gomme du myocarde. Mais quand on aura affaire à un anévrisme sans manifestations, n'aboutissant qu'à une

mort subite, le diagnostic sera évidemment impossible et ne serait d'ailleurs d'aucune utilité, peu importe que le malade succombe brusquement aux suites d'un anévrysme ou d'un myxome !

En résumé, nous voyons que le diagnostic d'une tumeur intra-cardiaque, reste toujours très difficile, à formuler, mais qu'il est possible.

Là, où réside l'impossibilité, c'est de faire le diagnostic du myxome avec les autres tumeurs primitives du cœur. Tout au plus pourra-t-on pencher pour une gomme syphilitique si le malade présente des antécédents, pour un sarcome ou un cancer primitifs du cœur si les événements se précipitent pour aboutir à l'affaiblissement et à la cachexie. Mais pour établir un diagnostic différentiel entre les myxomes, et les fibromes, les lipomes, les kystes hydatiques, l'état de la science ne le permet pas encore.

PRONOSTIC

Le pronostic des myxomes du cœur est excessivement variable.

Pour Bamberger et Virchow, les myxomes furent de simples découvertes d'autopsie. Aussi ne se soucient-ils même pas de rechercher les rapports pouvant exister entre les faits cliniques qu'ils ont observés et l'existence de cette tumeur intra-cavitaire. Dans le cas de Debove, la mort arrive au cours d'une bronchite aiguë, mais la cause résidait probablement au cœur. Dans les cas de Lorne, de Curtis, de Berthenson et surtout de A. Robin on ne peut incriminer que les myxomes : dans tous, la mort survint dans un délai de deux ans à deux ans et demi environ.

En résumé le pronostic du myxome lorsqu'il peut être diagnostiqué est fatal, car, ainsi que nous l'avons vu plus haut, c'est qu'il a détruit l'endocarde et le malade est continuellement sous le coup d'une embolie mortelle.

TRAITEMENT

La variété de la tumeur ne pouvant être diagnostiquée, son existence ne pouvant être que devinée, que dire du traitement ! Bien peu de chose. A-t-on quelque raison de soupçonner des antécédents syphilitiques, le traitement spécifique sera tenté. S'il ne donne rien, on se bornera à faire de la médecine symptomatique et l'on cherchera à soutenir le cœur dans sa lutte le plus longtemps possible.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Myxome du cœur. Observation de M. Lorne (*Bulletin de la société anatomique de Paris*, p. 261, 1869).

(Résumé).

Clotilde C..., 68 ans, entre à l'hôpital le 6 avril, salle Sainte-Agathe, n° 9.

Depuis longtemps déjà elle a la respiration courte, elle s'es-souffle facilement, s'enrhume tous les ans. Ses pieds sont souvent enflés. Elle a été obligée de renoncer à son état de femme de ménage et se contente de garder des enfants.

Depuis quelques jours surtout son état a empiré. La respiration est devenue plus anxieuse : elle tousse davantage et expectore de nombreux crachats épais et mousseux. Les jambes ont notablement enflé et elle est réduite à l'inaction.

Elle entre à l'hôpital.

L'examen clinique permet de constater : un œdème assez considérable des pieds et des jambes, un peu des cuisses et de la paroi abdominale, la température des extrémités est abaissée et une teinte violacée des genoux, de la face, etc... indique une gêne de la circulation périphérique.

L'auscultation de la poitrine décèle des râles nombreux dans toute la hauteur des deux poumons, ces râles sont ronflants et sibilants. En bas et en arrière des deux côtés les râles sont plus fins. La sonorité de la poitrine est exagérée aux sommets. Ces symptômes font admettre une bronchite récente greffée sur un vieux catarrhe et un emphysème.

La percussion et l'auscultation du cœur ne sont pas possibles, une lame pulmonaire s'avancant au devant du cœur.

Pouls petit sans fréquence avec quelques irrégularités.

Palpitations, douleurs exagérées par la pression dans la région hépatique, angoisse précordiale perpétuelle.

On porta le diagnostic d'insuffisance mitrale.

Au bout de quelques jours les bruits pulmonaires ayant en partie disparu, il fut possible d'ausculter le cœur : on constata un bruit de souffle à la pointe, bruit de souffle pas très rude mais très soufflant et prolongé jusqu'au deuxième temps. A la base les bruits n'étaient pas très nets, un peu sourds, paraissant un peu éloignés. Les contours du cœur restaient toujours difficiles à délimiter vu l'état emphysémateux des poumons. Ces signes d'auscultation vinrent confirmer le diagnostic d'insuffisance mitrale.

De jour en jour augmentèrent les symptômes de cachexie cardiaque : œdèmes considérables, ascite, douleur persistante à la région hépatique ; gêne, anxiété à la région cardiaque, matité à la base de la poitrine et râles fins d'œdème pulmonaire à la base des poumons, dyspepsie, vomissements, insomnie, petitesse du pouls persistante.

Bientôt à la suite de frictions avec de l'huile de croton, survint un érysipèle cachectique du membre inférieur droit et des plaques de sphacèle avec de la fièvre.

La malade mourut le 13.

A l'autopsie on trouva :

Epanchement dans plèvre, péricarde, péritoine, œdème pulmonaire.

Le cœur est considérablement hypertrophié; particulièrement dans les piliers de sa moitié gauche. L'endocarde était lisse et sain, ne présentait aucune trace d'altération ancienne.

Mais la valvule mitrale, bien que ses replis ne présentassent que quelques dépôts calcaires ne pouvant guère en modifier le jeu, était rendue insuffisante par une tumeur du volume d'un gros œuf de pigeon qui venait s'y engager à la manière d'un bouchon. Cette tumeur développée dans l'oreillette gauche était pédiculée. Son insertion était à une distance telle de la valvule mitrale que par son propre poids la tumeur venait directement s'y engager et faire une légère saillie dans le ventricule. La forme de cette tumeur était celle d'un petit cœur dont la pointe faisait saillie dans le ventricule. Elle était lisse à sa surface. Sa consistance était assez grande, néanmoins elle se laissa facilement entamer par le scalpel. Extérieurement elle présentait un pédicule résistant, blanchâtre après le lavage. La tumeur incisée ne présentait pas un aspect uniforme. Il y avait des parties plus foncées, rouges, d'autres gélatiniformes.

Examen microscopique. — Si on vient à râcler la surface de cette tumeur, on obtient un liquide légèrement gommeux, renfermant des globules rouges du sang, des cellules fusiformes ou anguleuses à un ou plusieurs prolongements : elles contiennent un ou plusieurs noyaux : on y trouve de plus des vésicules graisseuses.

Sur une coupe on distingue des fibres élastiques en très grand nombre : des trainées en faisceaux d'éléments fibroplastiques et embryoplastiques ; tantôt les fibres élastiques forment des espaces à corpuscules muqueux, tantôt entre les fibres élastiques sont disséminées des cellules plasmatiques.

Quant à la membrane d'enveloppe, on y trouve la structure

de l'endocarde seulement à la base et dans une petite étendue : ailleurs c'est le même tissu que la tumeur.

Cette tumeur s'est développée dans le tissu cellulaire sous-endocardique : la membrane séreuse a été repoussée, puis atrophiée complètement à la surface du myxome.

OBSERVATION II

Noté sur une tumeur de la valvule mitrale par M. Curtis (*Archives de Physiologie*, IV, 2, p. 262, 1872).

Le 13 février 1870, on apporte le soir à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Augustin, une vieille femme âgée de 83 ans, qu'on venait de ramasser sur la voie publique, elle était incapable de se tenir debout, ne répondait plus aux questions qu'on lui adressait et criait sans cesse d'une façon inintelligible, cependant elle se démenait assez activement de ses quatre membres dans son lit. Aucun renseignement sur les antécédents.

L'examen au lit rendu impossible par les cris incessants révélait cependant l'existence de lésions rhumatismales anciennes : nodosités et déviations des doigts ; arthrites sèches des deux hanches. Mort le lendemain dans la nuit.

Autopsie. — Dans le cœur, trace d'endocardite ancienne, c'est à-dire épaissements de la séreuse.

A la face auriculaire de la valve postérieure de la valvule mitrale on trouve un néoplasme de forme hémisphérique, de la grosseur d'une demi-cerise lisse et luisante, transparente et d'une belle coloration rouge comme de la gelée de groseille ; grâce à la transparence on distinguait très nettement dans l'intérieur de la masse des stries blanches, rayonnantes, qui par-

taient sous forme de tronc du centre de la base et qui se ramifiaient en s'aminçissant, de manière à disparaître avant d'atteindre la superficie.

La tumeur était très molle et tremblotante, à l'état frais son aspect ne laissait nullement soupçonner la segmentation papillaire de sa masse, qui devint évidente après le racornissement opéré par le séjour dans l'alcool.

Lorsqu'on enlevait de petites portions pour l'examen microscopique, la substance intérieure s'étirait en filaments muqueux comme pour les myxomes.

Examen microscopique. — Nulle trace de vaisseaux, mince charpente fibreuse qui se continue jusque dans les couches superficielles. La substance intercellulaire est abondante, presque liquide, et contient de nombreuses cellules, arrondies ou irrégulières à noyaux très pâles et difficiles à distinguer : ces cellules se déplacent facilement. De plus on voit partout dans la substance fondamentale de très fins et courts filaments épars en tous sens.

OBSERVATION III

Myxome pédiculé développé sur la valvule tricuspide par M. Debove
(*Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, 1872).

(Résumée).

Il s'agit d'une femme de 64 ans, à la Salpêtrière, dans le service de Charcot. Amenée pour une bronchite elle était atteinte depuis longtemps d'ostéomalacie avec déformation du thorax.

A l'examen clinique dyspnée assez forte, fièvre, râles muqueux et sibilants. Accès de suffocation intenses, amenant la mort en moins d'un quart d'heure.

Autopsie. — Cœur paraissant normal. Rien à la valvule mitrale.

A la face supérieure de la valvule tricuspide, on voit une tumeur du volume d'une cerise d'un rouge assez vif, de consistance molle, cette tumeur se rattache à la valvule par un pédicule court.

Examen microscopique. — Il s'agit de cette production est constituée par du tissu muqueux absolument pur.

OBSERVATION IV

Cas de myxome cellulaire du cœur publié par Bamberger (*Ueber zwei selten Herzaffectiōne in Wiener med. Wochenschrift* ; 1. 2. 1872).

Dans cette observation Bamberger découvrit dans le cœur gauche adhérent à l'anneau fibreux de la valvule mitrale où elle rétrécissait l'orifice auriculo-ventriculaire une tumeur de 4 centimètres de diamètre environ.

Cette tumeur avait la structure papillaire et contenait dans ses interstices un suc gélatiniforme où le microscope faisait voir des cellules étoilées et que l'acide acétique troublait notablement.

(D'après l'article de Potain et Rendu. *Cœur. Dictionnaire des sciences Médicales*).

OBSERVATION V

Cas d'un myxome du cœur rapporté par Virchow (*Lericht über das Leichenhaus des Charité Krankenhauses für das Jahr, 1879, Charité-Annalen*, 1881, page 663).

A l'autopsie d'un homme âgé de 27 ans, mort à la suite d'une péritonite avec épanchement, Virchow a pu constater dans

l'oreillette gauche du cœur au-dessus de l'insertion de la lame antérieure de la valvule bicuspide, un myxome formé de plusieurs cotylédons dont la grosseur dépassait celle d'un œuf de pigeon et oblitérant presque complètement l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Cette néoplasie, dont la tige avait un demi-centimètre d'épaisseur, se terminait par une nodosité compacte, servant de point de départ à un caillot. Ce dernier présentait une dimension de 4 centimètres dans les deux directions, d'un centimètre et demi à la base et s'étendait jusqu'à la pointe du cœur : en outre, il a été trouvé de nombreux foyers hémorrhagiques dans les organes suivants :

1° Foyer de ramollissement jaune dans l'hémisphère droit du cerveau accompagné de méningite fibrineuse ;

2° Dans la rate : foyers disséminés de nécrose, perforés sur certains points (de là la péritonite).

3° Embolies des reins ;

4° Foyers hémorrhagiques dans les intestins (sous-muqueux), de la grandeur d'un grain de millet à celle d'un noyau de cerise.

(Extrait de la *Contribution au diagnostic des tumeurs cardiaques primitives*. — Berthenson. *Archives de Médecine expérimentale*, 1893, p. 396).

OBSERVATION VI

Myxome de l'oreillette gauche rapporté par Léon Berthenson de Saint-Petersbourg (*Contribution au diagnostic des tumeurs cardiaques primitives* — *Archives de Médecine expérimentale*, 1893, p. 388).

A. N..., femme âgée de 55 ans, est entrée dans le service de l'hôpital, salle 3, le 13 mars 1892 (mariée, sans occupations dé-

terminées, 14 couches normales, 2 avortements) ; jusqu'à l'âge de 50 ans, elle a joui d'une excellente santé ; vers sa 51^e année, rhumatisme articulaire aigu, forme légère : se soigne en-dehors de l'hôpital.

A une époque qui date de trois ans, la malade remarqua qu'elle avait parfois la respiration gênée à l'occasion de mouvements brusques, mais elle ne se soigna pas autrement. Au mois de mai 1892, au milieu d'une crise de dyspnée accompagnée de palpitations, la malade fut prise d'un accès de faiblesse, et c'est à l'accroissement de cette faiblesse que la malade dut entrer à l'hôpital.

Actuellement, le 7 novembre, l'examen clinique nous révèle les faits suivants : la malade est de taille et de constitution moyennes, sa face est d'une pâleur jaunâtre, boursouflée, légèrement tirée vers le côté gauche, le nez et les lèvres sont quelque peu cyanosées. La malade est couchée sur le dos : elle se plaint assez vivement, ses mouvements sont gênés ; elle ne s'assied qu'avec peine, éprouvant une sensation de faiblesse extrême et de vertiges. Le tissu adipeux est fort développé, la nutrition affaiblie, les muqueuses jaune-pâle. Les poignets sont froids au toucher : œdème des malléoles et des jambes. Parésie des extrémités du côté droit, principalement du bras.

Température axillaire : 36°,7.

Pouls radial, petit, faible, irrégulier, d'une force égale des deux côtés, ne correspondant pas entièrement à l'impulsion du cœur fort affaibli du reste. N° 80. Artères rigides.

La pointe du cœur bat dans deux espèces intercostaux ; pulsations dans la région de l'épigastre. La matité précordiale est accrue dans les deux diamètres ; à la pointe du cœur, nous percevons un vague bruit de souffle au premier temps. Dans le deuxième espace intercostal droit, les sons de l'aorte sont sourds et manquent de netteté. A l'auscultation de l'artère pul-

monaire, le second bruit manque de netteté également. Dans la région du manche du sternum, voussure plus fortement exprimée du côté gauche, s'étendant à 2 centimètres à droite et à 5 à 6 centimètres à gauche. Conformément à cette voussure, matité (particulièrement du côté gauche); à l'application de la main, on perçoit un léger frémissement. La respiration quelque peu accélérée est parfaitement rythmique. L'inspiration paraît affaiblie dans les deux lobes inférieurs, ainsi que dans la région du lobe supérieur gauche.

Dans la fosse sous-claviculaire gauche et plus bas, cotoyant le domaine de la voussure et de la matité, caractère tympanique du son. Petite toux sèche.

Le ventre est tendu, le foie augmenté de volume, légèrement douloureux à la pression. La densité de l'urine est supérieure à la normale, elle est riche en acide urique et contient un peu de sang.

Les plaintes de la malade se rapportent principalement à son extrême faiblesse, accompagnée parfois de vertiges, d'angoisse précordiale, d'oppression, de frissons et d'insomnie.

Marche. — Les premiers jours suivant son entrée à l'hôpital, la malade se plaignait presque continuellement de dyspnée, suivie de toux et de palpitations, atteignant parfois un degré de violence considérable. Plusieurs fois aussi la malade a été gênée par des troubles de la déglutition. Le 22 octobre, à la suite d'un accès de dyspnée et de battements de cœur, la malade fut prise d'un violent frisson, puis elle perdit connaissance.

Incontinent, il se produisit une déviation du côté gauche du visage et un affaiblissement du bras droit.

Température axillaire = 38°.

Mouvements respiratoires = 40.

Pulsations = 100.

Cette crise amena avec elle un affaiblissement subit, l'action du cœur devint plus faible. La face ne se redressa qu'incomplètement, le mouvement et la sensibilité du bras droit furent diminués.

Vers le 25 octobre, légère rémission.

Mais dans les 24 heures suivantes, les mêmes symptômes s'aggravèrent de nouveau, ainsi que les troubles de la déglutition.

Le 27 octobre. — Symptômes de diplopie.

Le 1^{er} novembre. — Nouvelle crise de palpitations et de dyspnée avec cyanose fortement accusée, abaissement de la température aux extrémités, affaiblissement considérable de l'action du cœur, perte de connaissance, frisson prolongé et sueur froide, ensuite parésie de la langue.

Le 3 novembre. — Nouvel accès.

Le 4 novembre. — Etat comateux.

Le 7 novembre. — Crachement de sang, présence de sang et de cylindres dans les urines.

L'état s'aggrave.

Le 11 novembre. — Mort.

Autopsie. — Dure-mère turgescente ; pie-mère infiltrée et anémiée se détachant des hémisphères sans difficulté : espace sous-arachnoïdien contenant un liquide séreux transparent, les ventricules latéraux et le troisième ventricule, sont le siège d'un exsudat également séreux.

Tissu cérébral œdémateux et exsangue; vaisseaux de la base du cerveau sans lésions.

Le sac du péricarde contient également un liquide séreux teinté de jaune.

Cœur hypertrophié. Ses dimensions présentent 13 centimètres de longueur et 13 cent. 5 de largeur. Ses parois contiennent

nent des dépôts graisseux. A l'examen du cœur gauche, on constate dans l'oreillette gauche la présence d'une tumeur de forme conique, composée de plusieurs cotylédons, dont la surface est couverte de granulations acineuses. Le tout ressemble à une grappe de raisin, dont la tige est implantée dans la paroi postérieure de l'oreillette gauche. Les dimensions des acini varient depuis la grosseur d'un grain de lin à celle d'un pois ordinaire. Les deux tiers supérieurs de la tumeur sont couverts de membranes fibrineuses d'un rouge foncé qui se détachent assez facilement; le tiers inférieur est à moitié transparent, d'une couleur jaunâtre. La longueur et la largeur de la tige sont de deux centimètres; la tumeur elle-même présente huit centimètres de largeur (au milieu), sur six de longueur. Dans la position verticale du cœur, la néoplasie entre de tout son tiers inférieur par l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, dans la cavité du ventricule gauche. Sur sa coupe, la substance néoplasique apparaît à demi-transparente d'une couleur jaune pâle, d'une consistance gélatineuse et tremblotante. A l'insertion de la tumeur on remarque des îlots tachetés d'un rouge foncé. A l'orifice mitral les deux lames de la valvule, à l'insertion des piliers tendineux, sont légèrement épaissies. Les cavités de l'oreillette et du ventricule gauche sont dilatées. La paroi du ventricule gauche a 16 millimètres d'épaisseur.

Le cœur droit contient des caillots fibrineux d'une couleur rouge foncé; les cavités du ventricule droit et de l'oreillette droite sont agrandies. La valvule tricuspide est intacte, l'épaisseur de la paroi du ventricule gauche est de huit millimètres dont deux reviennent à la couche graisseuse périphérique. La tunique interne de l'aorte et de l'artère pulmonaire est parfaitement lisse, leurs valvules sigmoïdes sont intactes; ce n'est qu'après la naissance des artères de la crosse de l'aorte que la tunique interne est un peu épaissie.

L'aorte à son origine est légèrement ectasiée, les muscles du cœur sont flasques et exsangues.

Quelques adhérences pleurales du côté gauche ; le tissu pulmonaire sur sa coupe, est exsangue et contient plusieurs foyers hémorrhagiques de la grosseur d'une noix.

Poumon droit, intact à sa surface. Dans sa profondeur, plusieurs foyers hémorrhagiques de la grosseur d'une amande, disséminés çà et là. Dans les intervalles, la substance pulmonaire est anémique. Sommet et bords antérieurs emphysémateux.

Foie un peu augmenté de volume, congestionné, ayant un aspect granité.

Rien à l'appareil digestif.

Reins. — La capsule se détache assez facilement. Sur la surface corticale on remarque plusieurs petites cicatrices de forme étoilée. Substance corticale pâle, séparée des pyramides par une zone hyperémie, riche en hémorrhagies punctiformes.

Rate volumineuse, engorgement de sa pulpe.

Examen microscopique. — On remarque sur une coupe une grande variété de cellules : tantôt parfaitement rondes, lymphoïdes, présentant un protoplasma granité, tantôt fusiformes ou étoilées, avec plusieurs ramifications ; tantôt dispersées çà et là, formant des mailles par leurs anastomoses. L'espace intercellulaire est occupé par une substance à moitié liquide transparente et homogène, sous l'action de C_2H_6O et $C_2H_4O_2$, un fin réseau fibrillaire apparaît dans la substance intercellulaire. Par endroits ces cellules qui renferment un ou plusieurs noyaux se colorant par l'éosine se rassemblent en groupes.

Dans la substance intercellulaire, vaisseaux capillaires autour desquels on constate la présence d'un tissu fibrillaire serré. Il

s'y trouve aussi des globules rouges par groupes ou séparément.

L'examen microscopique des différentes parties de la tumeur démontre la même structure dans toute son étendue.

A la coupe du pédicule les éléments cellulaires sont groupés d'une manière plus serrée, les cellules rondes et fusiformes y dominent, tandis que les éléments étoilés y sont plus rares et leurs ramifications moins étendues.

Ce sont là les caractères du myxome cellulaire.

OBSERVATION VII

Note sur un cas de myxome du cœur par A. Robin (*Archives de médecine expérimentale*, 1893, p. 802).

Dans la nuit du 25 au 26 janvier 1891, un garçon pâtissier qui n'avait jamais présenté le moindre signe de maladie, qui ne montrait aucun symptôme d'ivresse, sortait d'un bal public, quand il s'affaissa subitement sur le trottoir, sans pousser un cri.

Le 27 au matin, on constate : coma, hémiplegie droite, pas d'anesthésie.

Température, 37° du côté sain, 37°,8 du côté malade.

Traitement. — Sangles derrière l'oreille.

28 janvier. — Même état.

15 grammes d'eau-de-vie allemande.

29 janvier. — Vague retour à la connaissance. Il reconnaît un ami qui vient le voir.

30 janvier. — La notion des choses extérieures revient. Le malade comprend les questions qu'on lui adresse. Il tire la langue, regarde, mais il lui est impossible de parler : il est mani-

festement aphasique. Conjonctivite gauche. Pupilles égales, rétrécies, se contractant mal à la lumière. Langue saburrale déviée à droite. Hémiplégie complète. Pas de contractures. La main paralysée est plus chaude et plus rouge. La sensibilité est intacte. Respiration fréquente et profonde. Pouls lent et petit. Bruits du cœur voilés par la respiration, mais on perçoit nettement un bruit de souffle systolique mal localisé dont le maximum paraît situé entre les deux foyers d'auscultation du cœur.

31 janvier. — Le malade mange sa soupe assis sur son lit. Pouls fort mais très lent (54 pulsations). Il comprend bien toutes les questions qu'on lui adresse mais ne répond absolument rien, si ce n'est par instant à l'aide d'un léger tremblement de tête.

Pas de céphalalgie. Il commence à remuer l'avant-bras. Quant à la jambe, il la soulève et il la plie depuis hier au soir. Le souffle cardiaque paraît avoir son maximum à la base. Quelques râles sous-crépitaux à la base du poumon, à droite.

1^{er} février. — Aux questions, le malade répond par une sorte de toussement rythmé.

3. — Intelligence complètement revenue, mais l'aphasie est totale.

4. — Quand on lui demande de donner sa fourchette, il saisit un morceau de pain. Il sourit quand on lui dit une plaisanterie. Les mouvements sont revenus du côté paralysé. Il peut se tenir debout. Température à gauche: 36°,6. Température à droite: 36°,2.

7. — Avec beaucoup d'effort, il parvient à dire: « Je ne peux pas. » Il peut distinguer les objets et les présenter quand on les lui nomme.

10. — Il dit « pépé » pour pain : répond « peux pas » à toutes les questions.

Agraphie complète.

19. — Le malade compte jusqu'à 20 mais avec une prononciation presque incompréhensible. Il peut descendre au jardin.

A partir de ce jour, amélioration très rapide.

Le malade sort le 25 mars, pouvant écrire, parler, n'ayant conservé qu'une certaine lenteur dans l'expression.

Le diagnostic porté avait été :

Embolie cérébrale dans le domaine de la troisième circonvolution frontale du côté gauche. Origine cardiaque probable de l'embolie sans qu'il soit possible de déterminer les conditions cardiaques qui ont pu donner naissance à celle-ci.

Deux ans et demi se passèrent pendant lesquels l'ex malade jouit d'une parfaite santé. Il remarquait qu'il avait seulement de la peine à monter les escaliers et qu'il s'essouffait facilement.

Le 16 juillet 1893 il fabriquait une brioche quand tout à coup il tomba privé de connaissance. Le lendemain matin je le vis en plein coma, les yeux fermés, la face pâle, marbrée de taches rouges, les pupilles punctiformes avec une hémiplegie complète du côté gauche sans atteinte de la sensibilité.

Pouls normal; artères très athéromateuses. Mouvements automatiques du côté droit du cœur, bruits sourds, réguliers, remarquables seulement par leur lenteur.

Le malade meurt dans la soirée sans avoir repris connaissance.

Autopsie. — Au niveau de la portion supérieure et interne de la troisième circonvolution frontale du côté gauche on trouve une dépression cicatricielle jaunâtre et indurée qui intéresse une grande partie en épaisseur de cette circonvolution.

En avant du pédoncule cérébral du même côté, on voit aussi une dépression qui forme comme le manche d'un vaste éven-

tail cicatriciel qui part du pédoncule et rayonne jusqu'aux circonvolutions pariétales. Cet éventail formé d'un tissu indur et creusé de vacuoles ne permet pas d'établir de distinction nette entre les parties constituantes de cette région.

Dans l'hémisphère droit, congestion sans lésion localisée.

Le cœur très volumineux est couvert de fausses membranes anciennes qui le font adhérer au péricarde pariétal. Le ventricule gauche est très dilaté et très aminci. Il présente à la coupe une consistance friable et une teinte jaunâtre qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'une myocardite. Dans l'oreillette gauche très dilatée aussi se trouve une masse de consistance gélatineuse ayant six centimètres de long sur quatre de large, adhérente à la paroi auriculaire sur laquelle elle semble insérée. Cette masse a l'apparence d'une grappe de raisin dont les grains auraient la grosseur d'un petit pois. Elle a un aspect gélatineux, demi transparent, quelques points sont légèrement ecchymotiques. Tout autour de la tumeur l'endocarde est épaissi, induré. Cette induration se propage jusque sur la valvule mitrale qui a pris une certaine rigidité et est sensiblement insuffisante. Le cœur droit renferme des caillots décolorés.

L'aorte n'est pas dilatée, ne présente pas d'athérome, mais les valvules sigmoïdes sont rigides et indurées sans être insuffisantes.

Dans l'artère carotide droite on trouve un gros caillot qui oblitère complètement le calibre de l'artère et qui paraît s'être développé autour d'un grain détaché de la tumeur endocardique.

Rate très volumineuse, criblée d'infarctus anciens et récents, péricapnité.

Foie normal.

Reins sains.

Congestion intense aux bases des poumons.

Examen microscopique. — Au râclage la tumeur intra-cardiaque fournit un suc gommeux dans lequel on trouve des globules rouges du sang des cellules rondes et fusiformes très pâles. Sur les bords d'une coupe fraîche, on voit des capillaires assez larges, des cellules rondes ou ramifiées séparées par une substance muqueuse, transparente. Il s'agit là d'un *myxome cellulaire*.

CONCLUSIONS

De ce travail il ressort :

I. — Que la symptomatologie des tumeurs primitives du cœur commence à être mieux connue.

II. — Que l'existence d'une tumeur primitive du cœur pourra se diagnostiquer lorsque l'ensemble des symptômes que nous avons signalés seront reconnus, surtout lorsque l'on observera des embolies dont la cause semblera échapper.

III. — Qu'il est impossible de faire cliniquement le diagnostic de la nature de la tumeur lors même que l'on en soupçonnerait l'existence sauf peut-être dans le cancer et dans la syphilis.

IV. — Que dans certains cas la tumeur est d'une latence remarquable et ne constitue qu'une découverte d'autopsie.

Vu par le Président de la thèse,
LABOULBÈNE.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- LIEUTAUD. — *Historia anatom. medica*, t. II, p. 34, 1767.
- SÉNAC. — *Traité des maladies du cœur*, t. II, p. 178, 1778.
- MORGAGNI. — *Recherches anatomiques sur le caractère et les causes des maladies* (traduction Desormeaux et J. D. Destouet 1820) t. I, lettres 4 et 7.
- PORTAL. — *Cours d'anatomie médicale*, t. III, p. 145, 1803.
- CORVISART. — *Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur*, p. 285. 3^e édition, 1818.
- LEBERT. — *Anatomie pathologique*, p. 468.
- ARAN. — *Archives de Médecine*, 4^e série, t. XI, p. 172.
- BOUILLAUD. — *Traité clinique des maladies du cœur*, p. 439 et suiv., 1841.
- ANDRAL. — *Précis d'anat. pathol.*, t. II, p. 327. Paris, 1829.
- *Clinique médicale*, t. III, p. 451, 1834.
- LUSCHKA. — *Fibroïd im Herzfleisch*. *Virchow's Archiv*. Band X, p. 215, 1856.
- ALBERS. — *Fascriges Lipom im Herzfleisch*. *Virchow's Archiv*. Band X, p. 215, 1856.
- KOTTMEIER. — *Fibröse Neubildung im Herzen*. *Arch. für pathol. Anat und Physiologie*, Bd. XIII, p. 434, 1862.
- WAGNER. — *Archiv. der heilkunde*. Bd. V., p. 280, 1864.
- BODENHEIMER. — *Beitrag zur Pathologie der Krebsartigen Neubildungen am herzen*. *Inaugural. Dissertation*. Ber., 1865.

- FIEDRICH. — Krankheiten des herzens (handbuch der speciellen Pathologie und therapie von Virchow — Bd V, 2, Aufl II, p. 192 et suiv.) 1867.
- LORNE. — Observation d'un myxome du cœur, Bulletin de la Société anatom. p. 261, 1869.
- BAMBERGER. — Observation d'un myxome cellulaire du cœur (Über zwei selten herzaffectione in Wiener méd. Wochenschrift. 1. 2.) 1872.
- DEBOVE. — Myxome pédiculé sur la valvule tricuspide p. 247. Bulletin de la Soc. anat. de Paris, 1873.
- CURTIS. — Notes sur une tumeur de la valvule mitrale. Archives de physiologie, IV. 2. p. 262, 1872.
- ELY. — Contribution à l'étude des tumeurs néoplasiques développées dans le cœur.
— Thèse de Paris, — 1874.
- DICT. DECHAMBRE. — Article cœur. Potain et Rendu 1^{re} série t. 18, p. 674
- SCHRÖETTER. — Die Lageveradungen des herzens und die krankheiten des herzfleisches (Ziems'ens handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, Band IV 1879. Auf. 2.)
- CONSTANTIN PAUL. — Diagnostic et Traitement des Maladies du Cœur, p. 131, — 1883.
- PIC et J. BRET. — Contribution à l'étude du cancer secondaire du cœur. Revue de médecine, 1891, p. 1025.
- JURGENS. — Zur Casuistik der primaren Herzgeschwulste. Berliner Klinische Wochenschrift, n^o 42, p. 103, 1891.
- FRAENKEL. — Fischrift Zur Enoffnung des Krankenhaus ZuHambourg-Eppendorf, 1889, p. 102.
- ERTHENSON et A. ROBIN. — Archives de physiologie expérimentale, p. 387 et 802, 1893

